



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Características epidemiológicas de las personas que viven con VIH/SIDA atendidas en el programa VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 1988 – 2010

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Interna

AUTOR

Fabiola Sherlly Palomino Rosas

LIMA – PERÚ
2011

INDICE

	Pág.
Índice	2
Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	10
Materiales y Métodos	12
Resultados	15
Discusión y Conclusiones	26
Agradecimientos	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	38
1. Definición de términos	38
2. Categoría clínica PVVS mayores de 13 años CDC (1993)	41
3. Categoría clínica PVVS menores de 13 años CDC (1994)	42
4. Ficha de recolección de datos	43

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer las características epidemiológicas de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) atendidas en el Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde el año 1988 al 2010.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de investigación básica, de diseño observacional y transversal. Se evaluaron todas las historias clínicas, tanto del archivo central como del archivo del servicio, de los PVVS atendidos en el Programa de VIH/SIDA Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde Enero de 1988 a Diciembre del 2010.

RESULTADOS: Se registraron 611 PVVS, el 76.8% de sexo masculino, con rango de edad de 3 meses a 77 años, y una mediana de la edad de 31 años. El 54.2% se encontraba casado en el momento del diagnóstico. La jerarquía más afectada fueron los suboficiales con un 58.1% seguido de los familiares de suboficiales y oficiales con 24.5%. La forma de ingreso al programa más frecuente fue a partir del diagnóstico hospitalario con un 52.2%. El factor de riesgo más frecuente fueron las relaciones sexuales sin protección, seguido de la promiscuidad en heterosexuales. La vía de transmisión casi exclusiva fue la sexual con 96.7%. Se diagnosticaron más PVVS en el año 1995. Tanto en mayores como en menores de 13 años ingresaron al programa en fase SIDA en un 43.52% y 68.7% respectivamente. En el año 1997 se registró la mayor cantidad de PVVS fallecidos, con una frecuencia de 28 casos.

CONCLUSIONES: La epidemia del VIH/SIDA en el personal policial sigue siendo predominantemente masculino y adulto joven. Definitivamente los cambios en el estilo de vida sexual así como en la detección temprana de la infección son factores positivos importantes para detener la infección de VIH/SIDA en nuestra población.

PALABRAS CLAVE: VIH/SIDA, Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), características epidemiológicas.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, durante el 2008, el número de PVVS (personas viviendo con VIH/SIDA) continuó aumentando, hasta alcanzar aproximadamente 33.4 millones de casos. El número total fue de más de un 20% superior que la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia de la infección fue 3 veces superior a la de 1990 (1).

De acuerdo al Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA 2008 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH (virus de inmunodeficiencia humana)/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) (ONUSIDA – 2008), se reporta que los países que mantienen prevalencias más elevadas de esta enfermedad se encuentran en el África Subsahariana, que alberga el 67% de todas las PVVS y el 72% de fallecimientos por SIDA.

Se registran aumentos preocupantes en la incidencia de VIH/SIDA en países como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos (2).

Es importante indicar la situación del África Subsahariana reseñado en el informe sobre la Situación de la Epidemia del Sida 2009, donde señala que en el 2008 se infectaron con VIH alrededor de 1,9 millones de habitantes, incrementado el número total de personas con VIH a 22,4 millones. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha registrado un lento declive siendo un 25% mas bajo que el registrado en 1995. Sin embargo el número de PVVS aumentó levemente en 2008 por la prolongación de la longevidad derivada del mayor acceso al TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad). Además en ese año se produjeron alrededor de 1,4 millones de defunciones relacionadas con el SIDA. Esto representa un descenso del 18% en la mortalidad anual relacionada con el VIH en la región (África Subsahariana) desde 2004 (1).

También se señala que alrededor de 9 países Africanos no han enviado los resultados de vigilancia centinela, en desmedro de la información mundial acerca de este tema, ya que gracias a los resultados de estos estudios (encuestas, reporte de casos, etc.), se sabe que en varios países las tasas de infección por VIH han disminuido (2). Pero aún Botswana y Zimbabwe son los países más afectados, con una prevalencia mediana del 35% (2).

En América Latina, en el 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en la región fue de 170,000, ascendiendo el número de PVVS a cerca de 2 millones. (1).

El Perú en América latina ocupa el puesto número 11, con una prevalencia de 0,3% de PVVS (2007). Los estudios peruanos se han realizado a través del Ministerio de Salud sobre todo a partir del año 1996 a través de la denominada Vigilancia Centinela del VIH, la cual consisten en estudios de prevalencia anuales a escala nacional en los “puestos centinela”, una estrategia que ha permitido hacer el seguimiento de la epidemia en grupos vulnerables como mujeres gestantes, trabajadoras sexuales (TS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En 1983, se reportó el primer caso de SIDA en el Perú. Era un paciente homosexual que residía en Lima quien había vivido en Nueva York desde donde regresó en 1982, siendo diagnosticado por el Dr. Raúl Patrucco Puig en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (3).

Es así, que para 1997, la situación del VIH/SIDA en el Perú, de acuerdo a la clasificación del nivel de epidemia propuesto por OMS (Organización Mundial de la Salud) y ONUSIDA, ha sido calificada por el Banco Mundial como “epidemia concentrada” (4). Esto implica que la infección por VIH se encuentra “concentrada” mayoritariamente en

algunos grupos de alto riesgo o vulnerables (ahora llamadas poblaciones clave de mayor riesgo o poblaciones más expuestas), en los que tiene una prevalencia mayor del 5% como HSH, personas trans, TS (5). También implica que las gestantes presentan una prevalencia menor del 1%. Como el grupo de mayor prevalencia son los HSH, esto nos sugiere que la forma de transmisión del VIH es casi exclusivamente sexual (96%) (6), (7). Según datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (DGEMINSA) al 31 de Diciembre de 2008, existen 22 726 casos de SIDA y 33 519 casos de VIH (7) y para Diciembre de 2010 se han reportado 27 161 casos de SIDA y 44 886 casos de VIH (8).

Luego, la mayoría de los casos se presentan en ciudades y departamentos de la costa y selva, con mayor concentración urbana, en orden descendente: Lima, Callao, Arequipa, La Libertad, Tumbes, Ica, Loreto, Piura, Madre de Dios, Moquegua, Ancash, Cusco, San Martín, Ucayali, Huánuco; haciendo una incidencia acumulada de 1983 al 2007 de 92.21 y solo en el 2008 de 3.25 (7). Su diseminación se correlaciona con mayor densidad poblacional, mayor actividad comercial y mayor flujo migratorio. Lima y Callao concentran el 73% de los casos notificados (7).

Continuando con el Boletín emitido por la DGEMINSA, el perfil de la epidemia ha mostrado cambios discretos en la medida que se ha reducido la razón hombre-mujer desde 11,5 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de aproximadamente 3 a 1 en los últimos ocho años (2,7 en el 2001, 3,07 en el 2004, 2,67 en el 2005 y 2,68 en el 2008). Aunque la razón hombre-mujer ha disminuido, la notificación de casos es predominantemente masculina (7), (9).

Con respecto a la edad y sexo, la mayoría se concentra en varones adultos jóvenes en edad productiva (25 a 34 años), lo que muestra nuevamente que los hombres son los más afectados. En cuanto a las vías de transmisión, además de la vía sexual ya indicada como casi exclusiva, se encuentra la vía perinatal o vertical con un 2% y la parenteral del 1%. El 50% se infecta a una temprana edad: la mediana de la edad de infección por VIH y SIDA es 31 años (9), (8), (10), (11).

En cuanto a los datos epidemiológicos de la población que se convoca en el presente trabajo, podemos indicar que la información es muy restringida. Pero, a pesar de ello, se tiene datos de la milicia mexicana, en donde, gracias a la Ley de Acceso a la Información Pública, se ha reportado 1 139 militares registrados como seropositivos, de los cuales 806 pertenece al Ejército Mexicano entre 1986 y 2007. El Servicio de la Marina Mexicana reporta 333 seropositivos en el período de 1985 al 2007 (15).

Dentro de los trabajos desarrollados en la población uniformada podemos citar a McCarthy MC y colaboradores, quienes encontraron que de un total de 11 101 entre reclutas militares varones y miembros del servicio activo, la prevalencia aumentó de 0.009% a 0.5% entre 1986 a 1990 (16).

Paredes León y colaboradores, en un trabajo realizado en suboficiales de la PNP (Policía Nacional del Perú) de Lima entre Abril y Noviembre del año 2001, publicado el 2005, encontraron una prevalencia de 0.57%. Se señala, además, en ese mismo estudio, que de acuerdo a la base de datos de COPRECOS (Comité de Prevención del Control del SIDA de las FFAA- fuerzas armadas- y PNP) Lima, se habían reportado 738 portadores de VIH

acumuladas hasta Setiembre del 2004. La PNP con 337 casos que representaba el 45.66% del total para esa época. (17), (18).

Continuando con los datos de COPRECOS, de los pacientes VIH/SIDA detectados hasta Diciembre 2006, tenemos: 38.5% Técnicos-Suboficiales, 20.1% son familiares, 20.2% tropa y el 9.2% son Oficiales, el 3.1% son personal en retiro, 1.3% son cadetes y alumnos y 1.1% civiles (21). De acuerdo al grupo etáreo de estos PVVS, se ven afectados desde recién nacidos hasta adultos mayores, encontrándose la mayor proporción de casos (63.09%) entre los 20 y 39 años de edad (21).

En cuanto a la vía de transmisión, la más frecuente es la sexual con un 97.4% de casos y de ésta el 80.7% corresponde a la transmisión vía heterosexual (21).

Actualmente, el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz” no cuenta con una proyección de los todos los casos de PVVS atendidos desde 1988 al 2010. Tampoco se cuenta con datos para poder comparar nuestra población con otra similar en cuanto a: estado civil, forma de ingreso al programa, factores de riesgo, categoría clínico-inmunológica en menores de 13 años, mortalidad. El motivo es que en estos últimos años sólo se viene reportando casos detectados al MINSA (Ministerio de Salud), quedando pendiente estudios de prevalencia y/o incidencia de los mismos en un periodo de tiempo largo (en este caso desde el año 1988 donde se registró el primer PVVS hasta el 2010). Esto se debe, a su vez, a que el VIH/SIDA es una enfermedad cuyo tiempo de aparición es incierta, de evolución lenta y crónica, que puede manifestarse en diferentes estadios (20), es por ello que al limitarse a reportar casos, se soslaya la real magnitud de esta epidemia en nuestra población.

En el Perú, como ya se señaló, se reportan casos de VIH/SIDA desde 1983, dentro de los cuales el primer caso reportado de un miembro de la PNP data del año 1988 (19). Es así que a partir de aquel año se decide firmemente crear, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, un Comité destinado a llevar un registro exhaustivo de todos los pacientes titulares con VIH/SIDA pertenecientes a la PNP, y, que actualmente, se extiende la atención tanto a las esposas, los hijos como a los padres de los mismos. Uno de los objetivos estratégicos de este Comité (actualmente Programa VIH/SIDA del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”), es fortalecer la investigación de prevención y control del VIH/SIDA e ITS en la PNP a través del desarrollo de investigaciones de prevalencia e incidencia sobre el tema. A pesar de todos los esfuerzos, la información sobre la epidemia en este tipo de población es muy limitada, tanto local como internacional.

Cabe señalar que los Programas de VIH/SIDA de las FFAA y PNP integran el denominado COPRECOS, el cual propone las normas, coordina el diagnóstico y tratamiento que se realiza en los servicios asistenciales de estas instituciones y tiene un laboratorio central de referencia. El 3,3% de PVVS que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el país pertenece a las FFAA y a la PNP. Asimismo, dada la necesidad de aumentar la oferta debido al financiamiento del Fondo Mundial, el MINSA ha acreditado a algunos organismos de la sociedad civil para la entrega del TARGA. Por lo tanto la existencia de una institución como COPRECOS es considerada una fortaleza, tal como lo señala el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 (9).

Es por todo ello que se necesita tener estudios de sobre las características epidemiológicas adecuadamente diseñados en la población de las FFAA y PNP, para determinar si su situación es la misma o diferente con el resto de la población, con la

finalidad de identificar recomendaciones de prevención y control mundialmente reconocidas como costo-efectivas que harían posible controlar la progresión de la epidemia y, eventualmente, reducirla.

Objetivos de la Investigación

a. Objetivo General

- Conocer las características epidemiológicas de las PVVS atendidas en el Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde el año 1988 al 2010.

b. Objetivos Específicos

- Conocer la edad, sexo, estado civil y jerarquía o grado que predomina en las PVVS atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.
- Conocer la forma más frecuente de ingreso al programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.
- Conocer a que factores de riesgo están expuestos las PVVS atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.
- Conocer la vía de transmisión más frecuente de las PVVS atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.
- Conocer la prevalencia histórica de las PVVS según sexo y razón hombre: mujer atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.

- Conocer la categoría clínico – inmunológica más frecuente con el que ingresan las PVVS al Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.
- Conocer la mortalidad por años de las PVVS atendidas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo descriptivo, retrospectivo, de investigación básica, de diseño observacional y transversal.

La población de estudio estuvo conformada por el total de historias clínicas de las PVVS atendidas en el Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde Enero de 1988 (fecha de creación del programa y de registro del primer paciente con serología reactiva a VIH) a Diciembre del 2010. En total 685 historias clínicas.

Se incluyeron tanto las historias clínicas del Servicio de Enfermedades Infecciosas como las historias clínicas del Archivo Central del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” de las PVVS con tratamiento y seguimiento de caso durante 1988 al 2010 (titulares, esposo/a de titulares, hijo/a de titulares, padres de titulares, personal civil donante de hemoderivados).

Se excluyeron las historias clínicas incompletas que no permitieron la evaluación de los objetivos del estudio, así como las historias de las PVVS que estando registradas en el Libro de Registros del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” no se encontraban ni en el Archivo del Servicio ni en el Archivo Central.

Se consideraron como variables de estudio las siguientes: Características epidemiológicas:

- edad, sexo, estado civil, jerarquía o grado;

- Forma de ingreso al Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”: donantes de sangre, diagnóstico hospitalario, gestante derivada al Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, caso diagnosticado en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, contacto de PVVS, ficha médica, riesgo quirúrgico;
- Factores de riesgo: Homosexuales (HSH, lesbiana), heterosexuales promiscuos/as, bisexuales, uso de drogas inyectables, alcoholismo, Politransfundido, relación sexual sin preservativo, viaje de comisión por largas temporadas sin familia, padres con VIH/SIDA;
- Vía de transmisión: sexual, vertical, parenteral (transfusión de hemoderivados, drogas inyectables);
- Categoría clínica en PVVS mayores de 13 años de edad (27):
 - A** (asintomático agudo o linfadenopatía generalizada persistente),
 - B** (infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA)
 - C** (enfermedad definitoria de SIDA); ver anexo 2.

y/o categoría inmunológica:

1: CD4 >500 mm³ / uL; **2:** CD4 200 a 499 mm³ /uL; **3:** CD4 < 200 mm³ /uL;

CD4 \ Clínica	A	B	C
> 500 o >29%	A1	B1	C1
200 – 499 o 14 - 28%	A2	B2	C2
> 200 o < 14%	A3	B3	C3

- Categoría Clínica en PVVS menores de 13 años (28):

N (asintomático),

A (Síntomas leves),

B (Síntomas moderados),

C (Síntomas graves), ver anexo 3.

y/o categoría inmunológica:

	< 12 meses de edad	1 a 5 años de edad	6 a 12 años de edad
1	CD4 > 1 500/mm ³ , >25%	CD4 > 1 000/mm ³ , >25%	CD4 > 500/mm ³ , >25%
2	CD4 750 – 1 499/mm ³ , 15-24%	CD4 500 – 999/mm ³ , 15-24%	CD4 200 - 499/mm ³ , 15 a 24%
3	CD4 < 750/mm ³ , <15%	CD4 < 500/mm ³ , <15%	CD4 < 200/mm ³ , <15%

CD4 \ Clínica	N	A	B	C
Sin inmunosupresión	N1	A1	B1	C1
Inmunosupresión moderada	N2	A2	B2	C2
Inmunosupresión grave	N3	A3	B3	C3

- Mortalidad: pacientes que fallecen durante su estancia en el Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde 1988 al 2010.

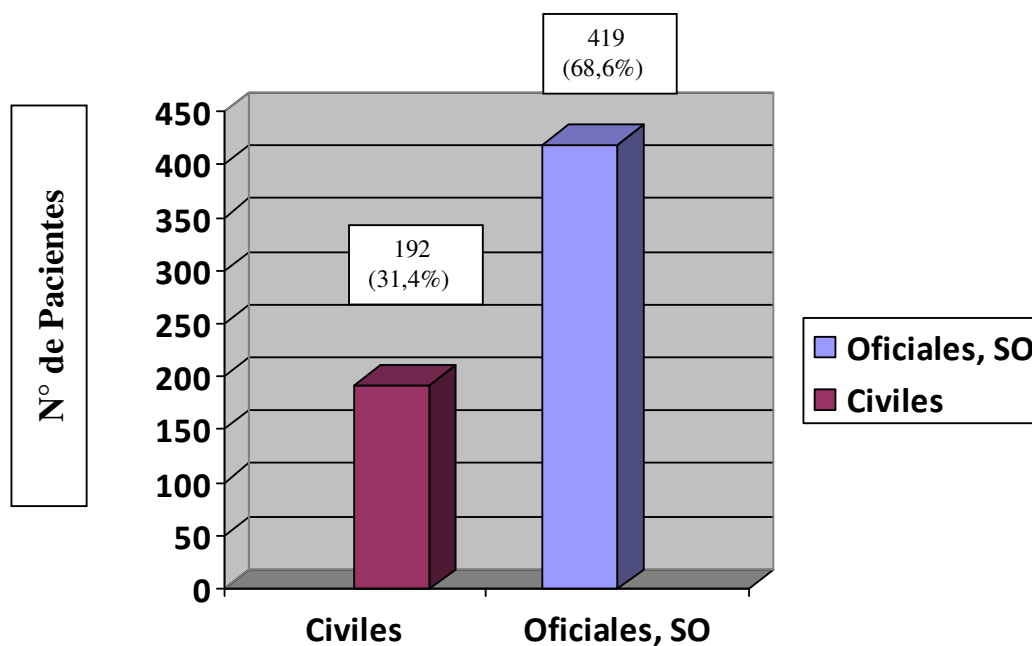
Los datos se recolectaron mediante ficha de datos confeccionadas de acuerdo a las variables consideradas, las cuales fueron procesados siguiendo un patrón de tabulación automatizada con la ayuda del paquete estadístico SPSS 10 y software Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

Desde Enero de 1988 (fecha en que se detectó y reportó a la primera PVVS) hasta Diciembre del 2010, ingresaron 685 pacientes al programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”. Se calculó que en promedio ingresaron 29.78 PVVS por año y 2.48 por mes para su reporte, tratamiento y seguimiento.

Sin embargo el 11% del total de historias clínicas de las PVVS no fue útil por los criterios de exclusión. Es así que nuestro grupo de trabajo incluyó a 611 PVVS. De estos 611 PVVS, 419 (68,6%) fueron miembros de la Institución (Oficiales y Suboficiales), y 192 (31,4%) fueron civiles (entre esposos/as, convivientes, hijos/as, padres, civiles donantes de hemoderivados), como se demuestra en la Figura 1.

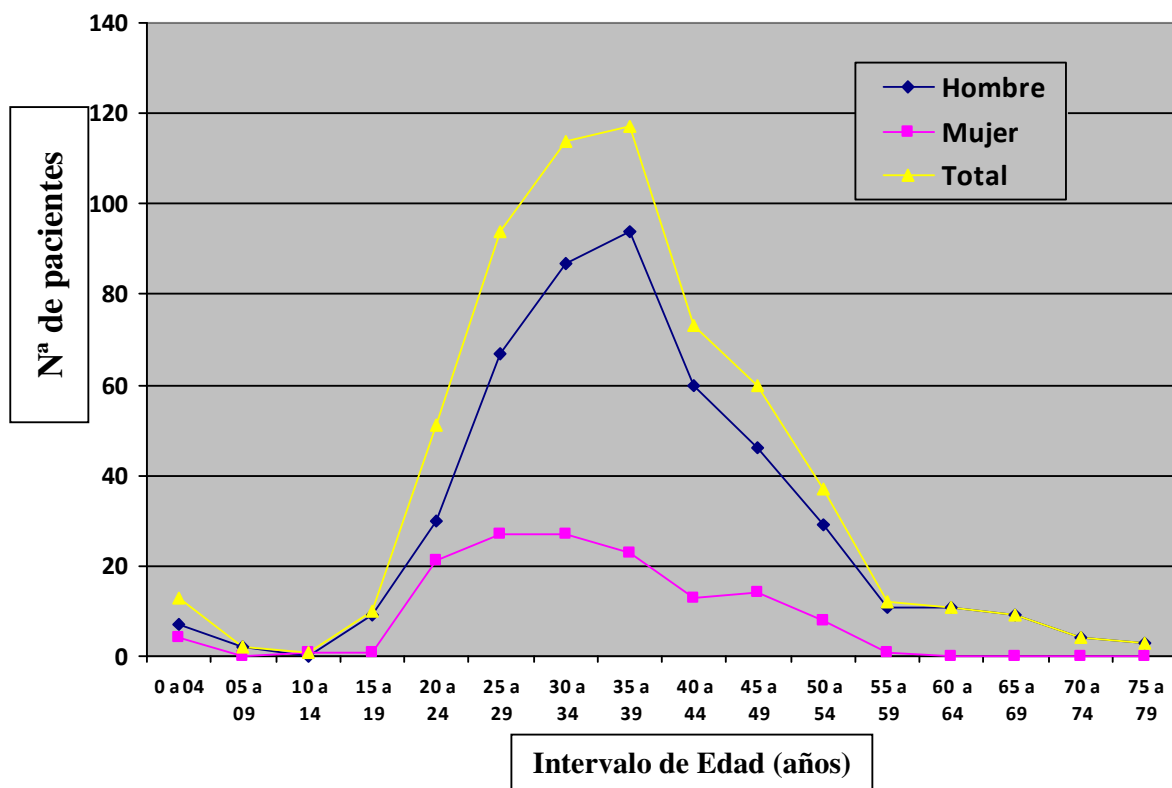
Figura 1. Miembros de la Institución y civiles



Leyenda: Civiles: incluyen a esposo/as, convivientes, hijo/as, padres, civiles donantes de hemoderivados; Oficiales, SO: suboficiales.

En la figura 2, se presenta la distribución por edad de las PVVS, en conjunto y por sexos, llama la atención la distribución unimodal, con pico de máxima frecuencia entre los 35 a 39 años de edad para hombres y de 25 a 34 años para mujeres. En el cuadro I se amplían estos datos.

Figura 2. Distribución por edades de los/as PVVS.



En el cuadro I, además, se puede observar que en el Programa se han registrado pacientes desde los 3 meses de edad (01), hijo de padres con VIH(+), obviamente a esta PVVS se le realizó el seguimiento hasta los 6 meses donde se confirmó el diagnóstico de VIH/SIDA (con test virológico), PVVS que además presentó cuadros neumonía adquirida en la comunidad a repetición (28).

Cuadro I. Características generales de las PVVS

	Total (%)	Rango	Promedio	Moda	Mediana
Edades		3 meses – 77 años			31 años
Hombres	469 (76.8)	3 meses – 77 años	36.6	35	
Mujeres	142 (23.2)	1 año – 56 años	32.5	25	

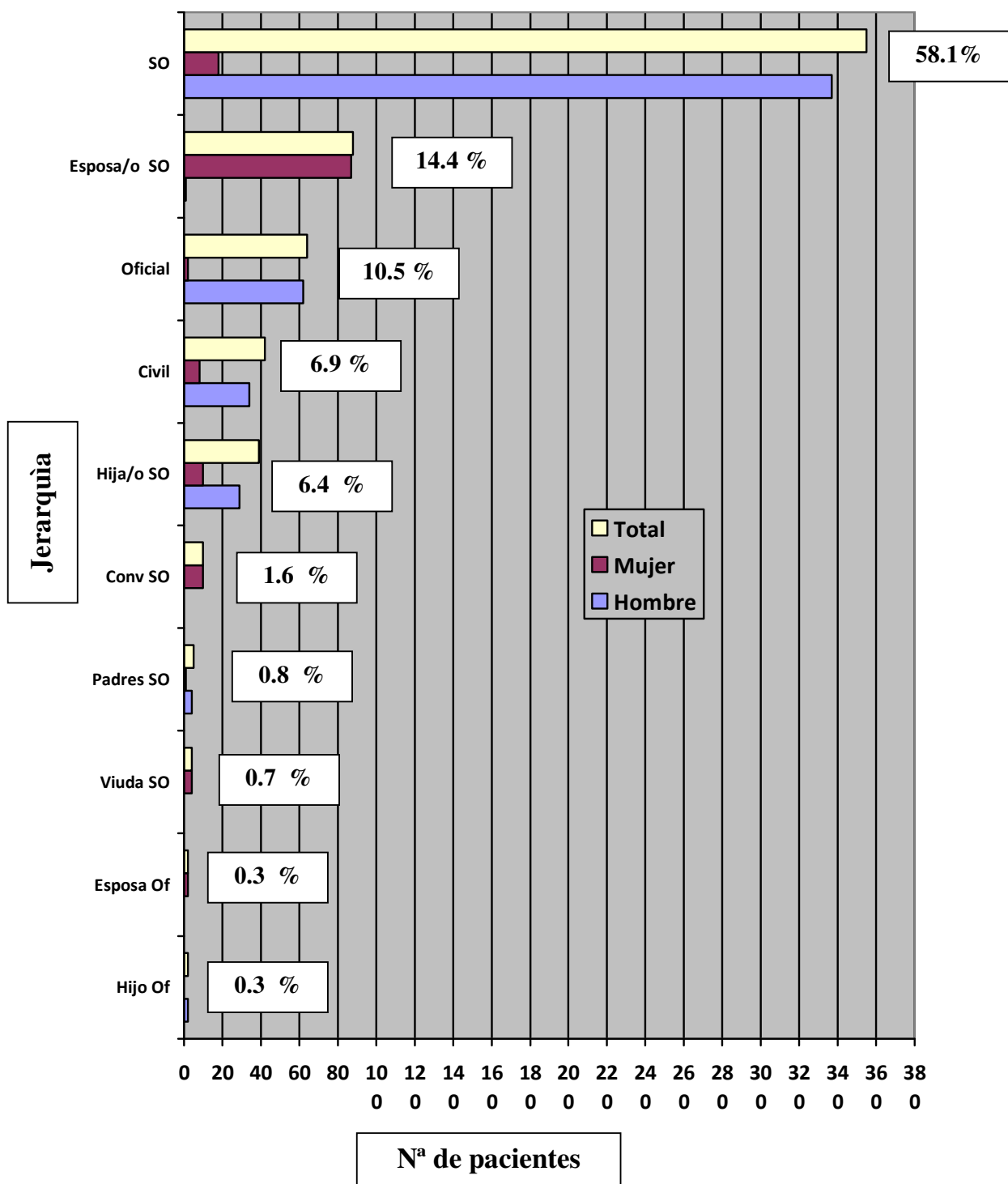
El 54.2 % (331 casos) de las PVVS se encontraban casados cuando ingresaron al programa, seguido de las PVVS solteros/as con un 33.7% (206 casos) del total de casos, como se demuestra en el cuadro II.

Cuadro II. Estado civil

	Total	%
Casado/a	331	54.2
Soltero/a	206	33.7
Conviviente	45	7.4
Divorciado/a	17	2.8
Viudo/a	12	1.96
TOTAL	611	100

En cuanto a la jerarquía de las PVVS del programa, el 58.1% (355 casos) fueron suboficiales (SO), seguido 14.4% (88 casos) que corresponde civiles esposas de suboficiales, se detalla en la figura 3.

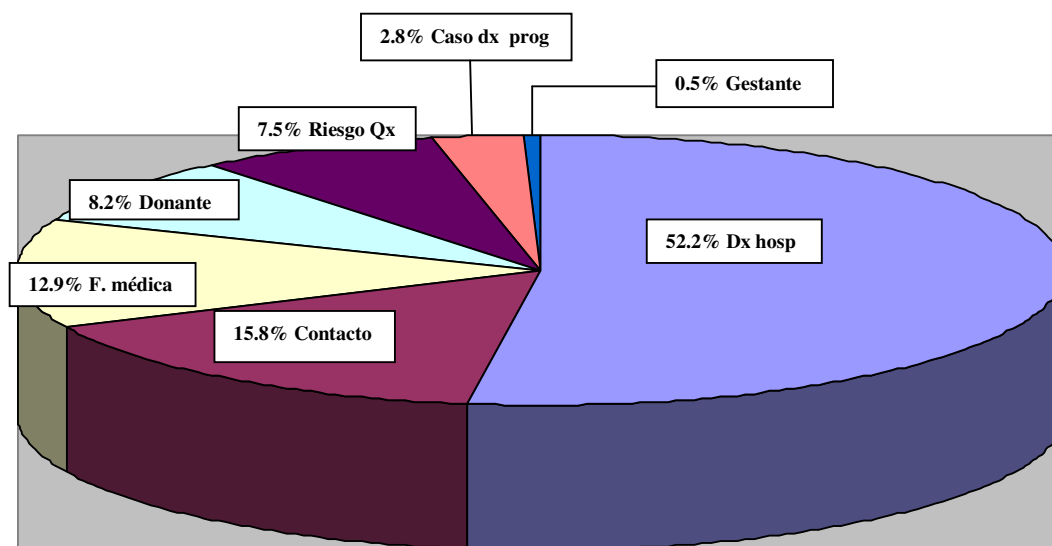
Figura 3. Distribución por jerarquía y sexo



Leyenda: SO: suboficial, Conv.: conviviente.

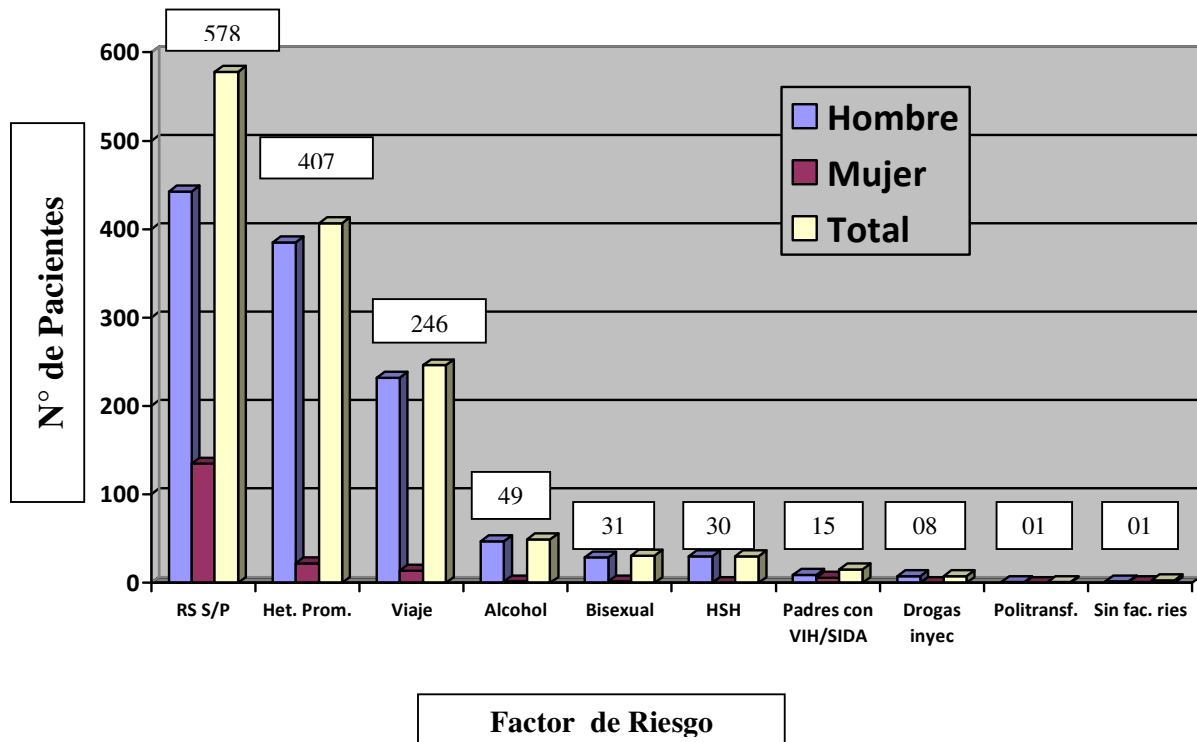
Del total de PVVS, al 52.2% (319 casos) de ellos se le realizó el diagnóstico de VIH/SIDA durante su estancia hospitalaria, luego, el 15.87% (97 casos) ingresaron al programa por ser contacto de PVVS, ya sea esposo/a, hijo/a, conviviente. Se amplían estos resultados en la figura 4.

Figura 4. Forma de Ingreso al Programa VIH/SIDA



Leyenda: Dx. hosp: diagnóstico de VIH/SIDA durante hospitalización generalmente por infección oportunista; Contacto: pacientes que tienen algún tipo de relación con PVVS; F. médica: PVVS captadas de la ficha médica anual de PNP; Riesgo Qx: riesgo quirúrgico; Caso dx. prog: PVVS diagnosticada en consulta ambulatoria en el Programa de VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional de la PNP "Luis N. Sáenz".

Figura 5. Factor de Riesgo por sexo



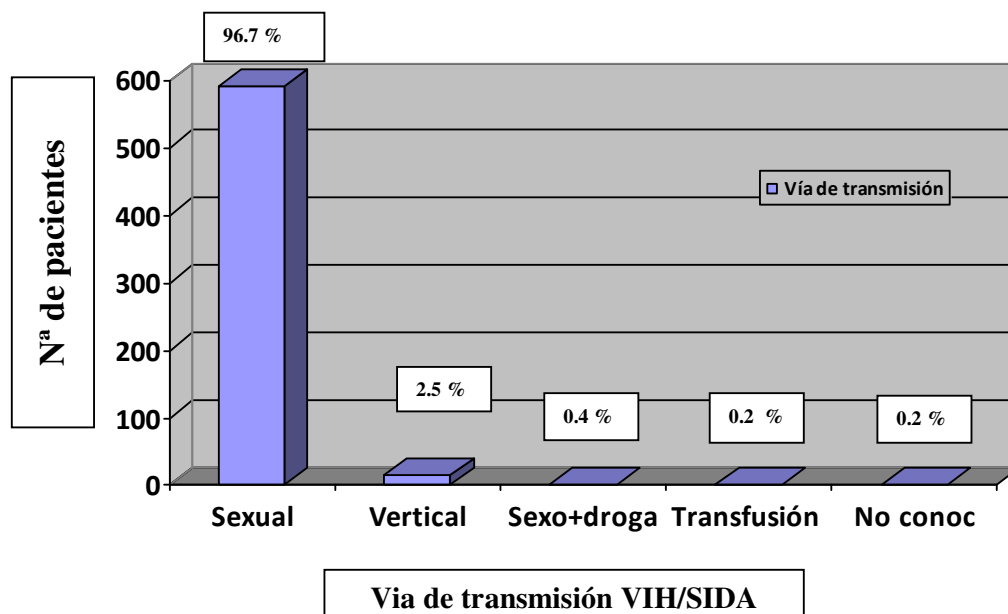
Legenda: RS S/P: relaciones sexuales sin protección (preservativo); Het. Prom.: heterosexual promiscuo; Viaje: viajes de comisión de trabajo sin compañía de familiares; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; Droga inyec: administración de drogas inyectables; Politransf.: PVVS que previo al diagnóstico recibieron transfusión de sangre en varias oportunidades; Sin fac. ries: PVVS que no indicaron ningún factor de riesgo.

En la figura 5 se indican los factores de riesgo más frecuentes asociadas al diagnóstico de VIH/SIDA en las PVVS. Definitivamente la relación sexual sin protección tanto en hombres como en mujeres es la conducta de riesgo más frecuente, seguida de la promiscuidad en heterosexuales (578 y 407 casos respectivamente). Se considera que las PVVS sin conducta de riesgo son aquellos que no han estado expuestos a ningún factor de riesgo indicado como tal para nuestro trabajo, es así que, de los 16 niños PVVS menores de 13 años, solo 15 de ellos tenían padres seropositivos.

La vía de transmisión más frecuente se demuestra en la figura 6. En el 96.7% de las PVVS la vía de transmisión fue la sexual (591 casos), seguida de la vía de transmisión vertical con el 2.8% (15 casos).

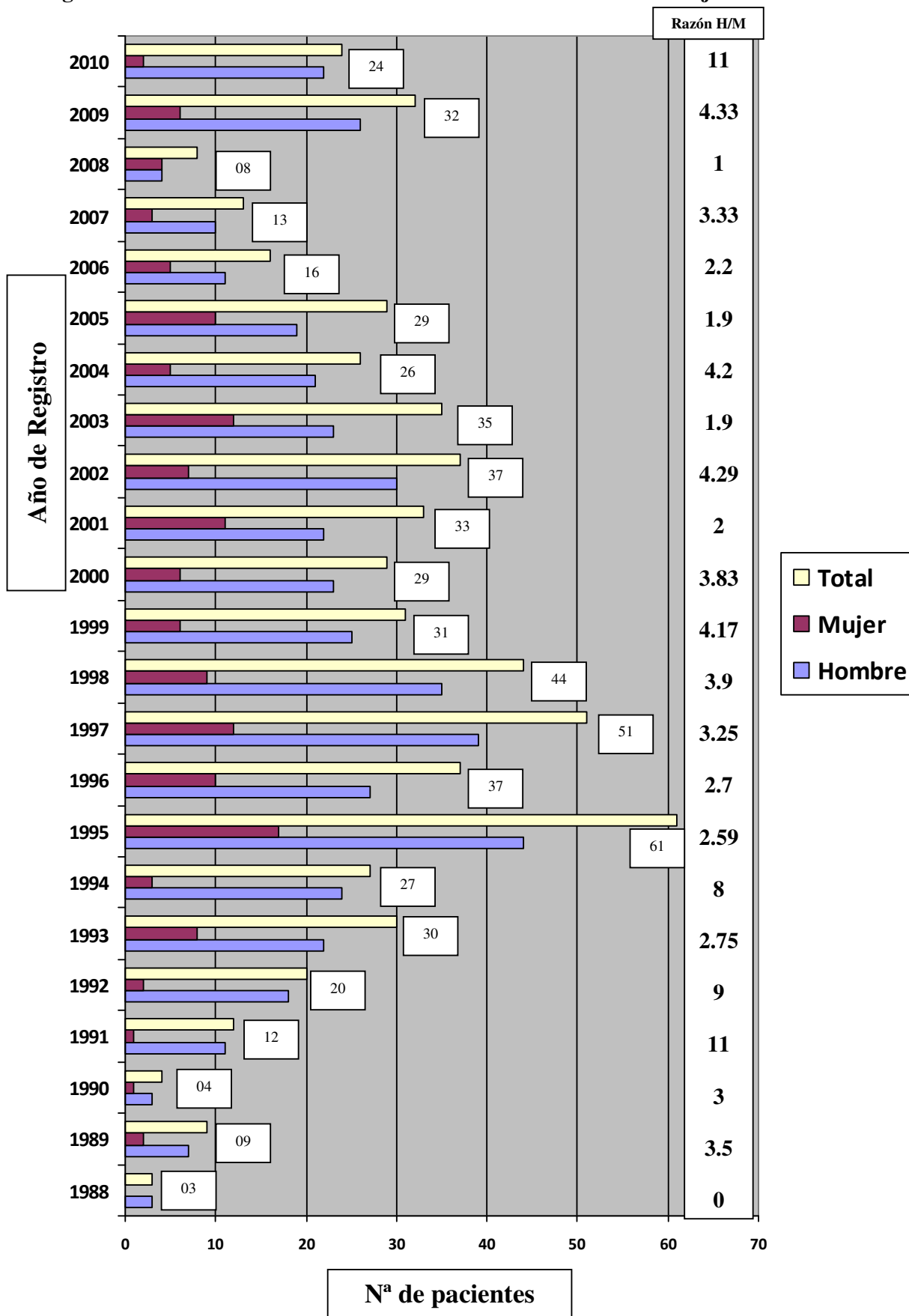
El ítem no conocido se refiere a una PVVS menor de 13 años que no se encontró en la historia clínica la probable vía de transmisión, sus padres y hermanos eran seronegativos.

Figura 6. Vía de transmisión del VIH/SIDA



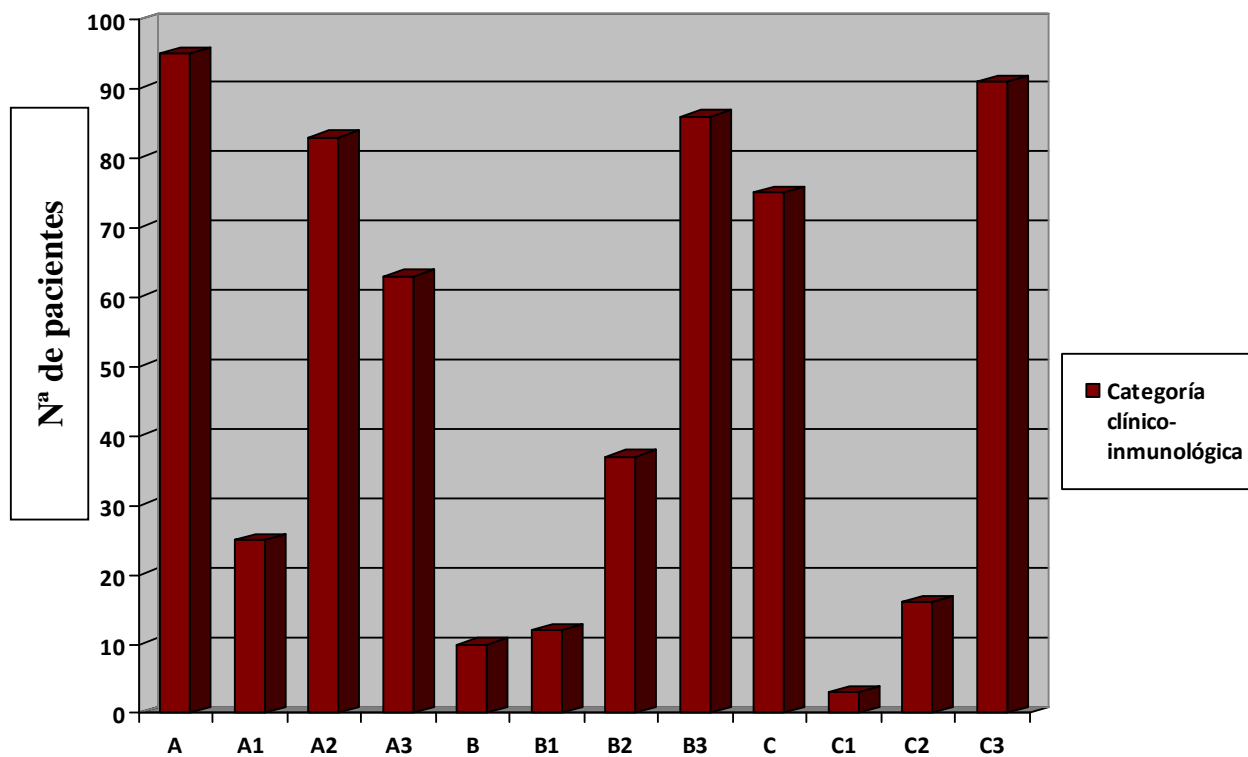
En la figura 7 se presenta la prevalencia histórica de las PVVS de nuestro servicio desde Enero 1988 a Diciembre 2010 (durante 23 años). Se señala la prevalencia por años y por sexo, determinándose dos picos de mayor prevalencia, en el año 1995 y 2002 (61 y 37 casos respectivamente). Se observa un ligero aumento de PVVS hacia 2009 con 32 casos. En general, durante estos 23 años de registro, se ha hallado una relación de 3:1 hombre-mujer respectivamente.

Figura 7. Prevalencia histórica de los/as PVVS – Razón hombre - mujer



En cuanto a la categoría clínico-inmunológica, en algunas PVVS sólo obtuvimos las categorías clínicas, es decir, lo señalado en letras (A, B o C), la falta de recuento de linfocitos CD4 se debió a: la PVVS no tenía derecho para la atención en nuestro servicio siendo derivados al MINSA, o, la PVVS ingresaba en situación crítica que no hubo tiempo para realizar el recuento de linfocitos CD4 y carga viral, o, no se les realizó porque al momento de su ingreso al Programa no contábamos con el examen disponible en nuestro medio. Cabe resaltar que el primer recuento de linfocitos CD4 que se tomó a una PVVS fue en 1991 y la primera carga viral en 1998. La sumatoria de pacientes solo con categoría clínica fue de 180 siendo el más frecuente la categoría A (15.9%) seguida de la B (0.2%). En aquellos que tenían CD4, se pudo determinar que la categoría más frecuente fue el C3 (15.3%). Para mayor explicación, se señala en la figura 8.

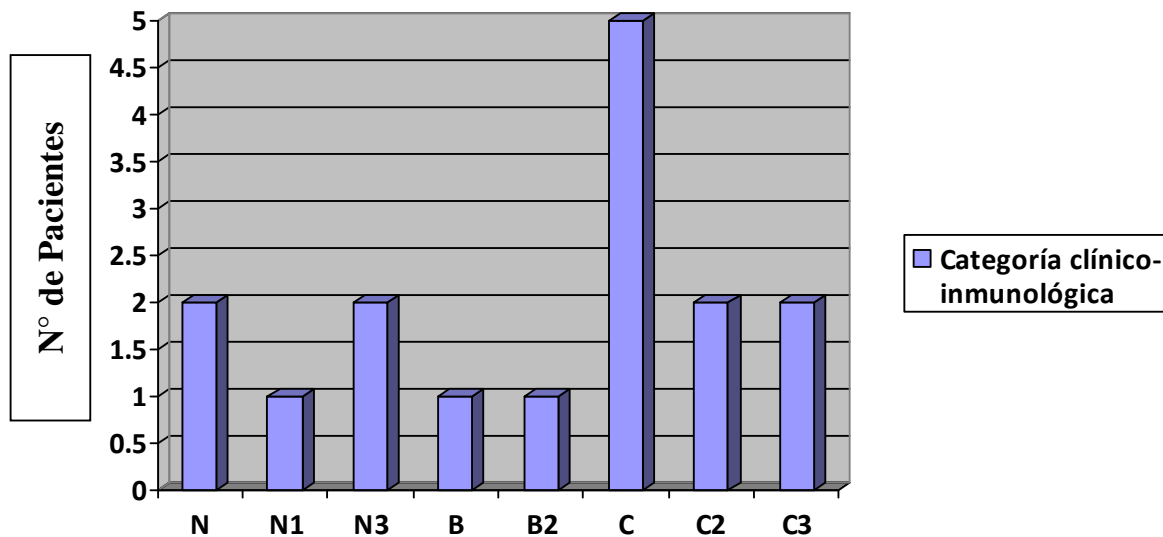
Figura 8. Categoría Clínico - inmunológica (PVVS mayores de 13 años)



A3 + B3 + C1 + C2 + C3= 259 (43.52%) categorías clínico-inmunológicas que definen SIDA

En la figura 9 se detalla la frecuencia según la categoría clínico-inmunológica de las PVVS menores de 13 años. Se puede observar que en la categoría C (C+C2+C3), indicadora de SIDA, se encuentran 9 PVVS (56.3%).

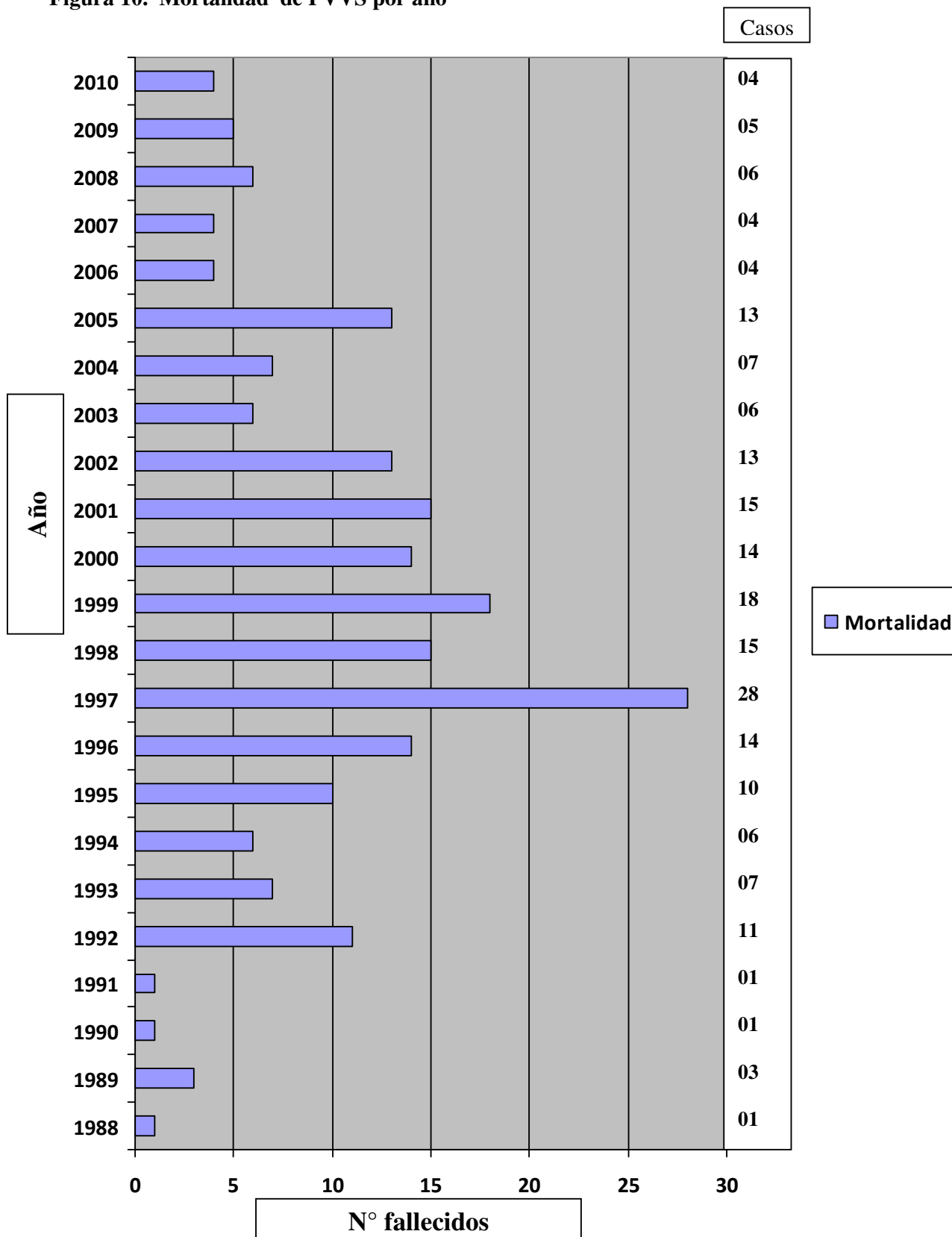
Figura 9. Categoría Clínico - inmunológica (PVVS menores de 13 años)



Total: 16 PVVS menores de 13 años.

En la figura 10 se indica la mortalidad por año. Se pone de manifiesto la mayor mortalidad en el año 1997 (28 casos), seguido de los años 1998 y 2001 (15 fallecidos en cada año). Cabe señalar que nuestro grupo de estudio recibió tratamiento antirretroviral con zidovudina desde 1992, luego se pasó al tratamiento secuencial, y es en 1996 que se inicia con el TARGA.

Figura 10. Mortalidad de PVVS por año



Total fallecidos: 206 (33.7% del total de PVVS)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a la opinión de la ONUSIDA en “El SIDA y el personal militar” de Mayo de 1998, indica que “el personal militar y policial corre riesgo elevado para la exposición a las enfermedades de transmisión sexual (antes ETS ahora Infecciones de transmisión sexual ITS), incluyendo VIH. Se menciona circunstancias como largos períodos alejados del hogar, sistemas de valores que tienden a excusar o incluso a estimular la adopción de riesgos, el grupo de edad predominante (sexualmente activos) y otros como factores que producen un entorno que aumenta el riesgo” (2). También señalan que en diversos estudios efectuados en los Estados Unidos de América, en el Reino Unido y en Francia que los soldados de esos países corren un riesgo mucho más elevado de infección por el VIH que los grupos de edad y sexo equivalentes en la población civil. Cifras recientes corresponden a Zimbabwe y Camerún indican que las tasas de infección por el VIH entre los militares son 3 o 4 veces mayores que las de la población civil. Todos estos datos han sido ratificando en su publicación del 11 de Noviembre del 2008 (14).

Es por ello que la situación de la epidemia del VIH en los servicios uniformados en el mundo ha recibido una atención especial por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU). El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas mediante la Resolución N° 1308 de Julio del 2000, declara al VIH/SIDA como una amenaza para la seguridad mundial, esto debido a que en este grupo poblacional tiene prevalencia de 2 a 5 veces mayores que la población en general (12).

En las FFAA y PNP el primer caso de SIDA se reportó en 1986 (y solo en la PNP en 1988, como ya se señaló), y a Diciembre del 2006 se ha registrado un total de 1 184 casos

entre portadores de VIH/SIDA. Esta situación ha ido incrementándose paulatinamente mientras se conocía más sobre el tema respecto a los mecanismos de contagio, factores de riesgo y medios para la protección contra la infección por VIH/SIDA. La máxima incidencia de VIH/SIDA en este grupo de personas fue en 1995, para luego ir descendiendo como resultado de las actividades de prevención desplegadas por el COPRECOS (21).

De acuerdo a nuestros resultados, el primer caso de VIH/SIDA se reportó en Febrero de 1988. Fue un civil, de sexo masculino, de 29 años de edad, familiar de policía donante de hemoderivado, el cual no presentaba ninguna molestia, siendo categorizado como A. En ese año se registraron 6 casos de PVVS, siendo 4 de ellos policías en actividad, que fueron ingresados al programa luego de haber sido captados a través de donación de hemoderivados y hospitalización por infección oportunista.

Con respecto a la edad y sexo, se encontró una máxima frecuencia en varones entre los 35 y 39 años de edad, seguida de las mujeres con edades entre los 25 y 34 años. Los resultados sobre la mayor frecuencia en varones coinciden con los resultados de ONUSIDA (9), DGEMINSA (8) y COPRECOS (30), en tanto estos resultados difieren en cuanto al rango de edad, que para el DGEMINSA el rango de edad en ambos sexos es de 25 a 29 años, esto podría deberse al inicio de relaciones sexuales a temprana edad en este último grupo poblacional. Además una mediana de la edad de 31 años, resultado que coincide con los datos de ONUSIDA y COPRECOS. Esto nos indica que el 50% de los PVVS registrados se infectó por lo menos 10 años antes. El 76.8% del total de PVVS fueron hombres y el 23.2% mujeres, encontrándose PVVS desde los 3 meses hasta los 77 años de edad como rango de edad. Todos estos últimos datos coinciden con lo consignado en el reporte de ONUSIDA de Diciembre de 2009 (1), así como en los reportes de la DGEMINSA de

Diciembre de 2010 (8). De todo esto, se puede concluir que en nuestra población está más afectado el sexo masculino con edades entre 35 y 39 años y en caso de las mujeres suele infectarse a edad temprana.

Tenemos también resultados del estado civil de los PVVS al momento del diagnóstico. El 54.2% de ellos estuvo casado (331 casos), seguido del 33.7% que eran solteros, datos que coinciden con COPRECOS (30). Estos resultados nos pueden indicar que el matrimonio no es una garantía de protección contra el VIH/SIDA, más si esta no es estable o no se acompaña de un estilo de vida sexual adecuada, como la monogamia o la no promiscuidad, como lo señala también el Sistema de Naciones Unidas del Perú en 2008 (22).

En cuanto a la jerarquía de nuestra población, se encontró que el 58.1% fue suboficial, seguido de un 14.4% de la población que fueron esposas de suboficial. Si agrupamos a todos los familiares, estos alcanzan el 24.5% seguido del 10.5% de oficiales. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por COPRECOS en Diciembre de 2006 (21). Además, demuestra el apoyo que brinda el FOSPOLI – MINSA a los familiares de titulares, en donde se encuentran esposas/os, convivientes, hijos y padres recibiendo TARGA.

Por otro lado, los resultados respecto a la forma de ingreso al programa, el 52.2% de PVVS fue diagnosticado de VIH/SIDA durante su estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” por infecciones oportunistas como diarrea crónica por protozoarios como *Isospora belli*, *Ciclospora*, *Giardia lamblia*, entre otros, que coinciden con los datos de ONUSIDA-OIT-MINTRA (Ministerio de Trabajo) (25); seguido de tuberculosis pulmonar y ganglionar. En segundo lugar, el 15.8% de los PVVS ingresó como contacto, demostrando la importancia de que tanto el equipo multidisciplinario como el paciente sean conscientes de la posibilidad de que el contacto de la PVVS sea seropositivo, es por ello que

si bien la Ley CONTRASIDA y su reglamento (32) faculta al paciente a decidir la comunicación de su diagnóstico a sus allegados, es menester del equipo multidisciplinario concientizar a la PVVS a apoyar la lucha contra el VIH/SIDA tratando de que a su contacto se le realicen las pruebas diagnósticas a tiempo (24).

El 12.9% de PVVS ingreso al Programa luego de ser seropositivo durante la ficha médica anual, ficha médica que es obligatoria y que nos demuestra una vez más que si todos nosotros,uviésemos la costumbre de realizarnos serología para VIH anualmente, más aún teniendo factores de riesgo, detectaríamos tempranamente la infección e incluso iniciaríamos, si amerita TARGA, evitando las complicaciones fatales de esta infección, así como la propagación de la misma. Todos estos datos son similares con la forma de ingreso (o captación) informada por COPRECOS (8), siendo la forma más frecuente la consulta clínica (que en nuestro caso sería la variable diagnóstico hospitalario), seguida de la ficha médica anual, contacto, donante, riesgo quirúrgico.

Del total de PVVS registradas, se encontró que 578 de ellos presentaban el factor de riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, al margen de la opción sexual (homosexual o heterosexual). Si bien el preservativo o condón previene un embarazo indeseado, esto aunado a una conducta sexual monogámica y no promiscua, como ya lo señalamos anteriormente, evitaría la diseminación de esta infección.

Al evaluar las vías de transmisión de VIH/SIDA, se evidencia que la transmisión en esta población es exclusivamente sexual, con un 96.7%, seguida de la vía vertical o perinatal con un 2.6% y la vía parenteral (transfusión de hemoderivado y uso de drogas inyectables) ocupan el 0.5% en esta población. Estos datos coinciden con el grupo poblacional de DGEMINSA (8) y COPRECOS (30). Insistimos, nuevamente en que el equipo

multidisciplinario concientice tanto a los PVVS como a los que no lo son, a cambiar o mantener una vida sexual libre de factores de riesgo para contraer el VIH/SIDA. Y esto se logrará con la información y la continua educación que reciba sobretodo nuestra población policial, con la convicción de que esta información tenga efecto multiplicador en su familiares o su entorno amical, evitando la diseminación de la infección, favoreciendo la detección temprana, e iniciando el tratamiento adecuado, para una reinserción laboral adecuada, ausente de discriminación personal, social y laboral (24), (25), (26).

Cuando nos referimos a la prevalencia histórica de nuestra población en estudio, notamos una distribución bimodal, en el año 1995 se alcanzó el máximo registro de PVVS con 61 casos, y, en el año 2002 con 37 casos. Estos datos difieren con los presentados por COPRECOS (8), donde si bien también el primer pico de casos se presentó en 1995, el segundo pico fue en 2004. Llama la atención que esta distribución bimodal de nuestros resultados se presentan 2 años antes de los picos de frecuencia más alta de pacientes en fase SIDA que reporta el DGEMINSA en su boletín epidemiológico de Diciembre de 2010 (8). Podríamos inferir que éste aumento en nuestra población se anticiparía en 02 años, en lo sucesivo, a lo que registrará DGEMINSA.

En cuanto a la razón hombre: mujer, llama la atención que en el año 2010 sea de 11 como en 1991, a diferencia de los reportado por DGEMINSA (18) donde se registró una razón de 11.75 1 año antes.

En lo que respecta a la categoría clínico-inmunológica, se aplicó la clasificación de la CDC para mayores de 13 años de 1993 (27) y para menores de 13 años de 1994 (28).

Lo que podemos observar en los resultados de las PVVS mayores de 13 años, es que el 43.5% de los PVVS llegan en fase SIDA, complicando su pronóstico y la posibilidad de que su organismo no tolere TARGA como lo hacen los pacientes que no están en fase SIDA, el 56,5% ingresan como portador VIH; estos datos son similares a los de la DGEMINSA (8), donde el 38,8% ingresa en fase SIDA y el 61,2% como portador del VIH.

Cuando nos referimos a la categoría clínico-inmunológica de los menores de 13 años, encontramos que el diagnóstico en fase SIDA (C2, C3 y N3), corresponde al 68.7% de los PVVS, siendo frecuente en estos PVVS la neumonía adquirida en la comunidad refractaria al tratamiento asociada a síndrome de consumo. De los 16 pacientes menores de 13 años, sólo una PVVS no presentó padres VIH (+), acaso violencia por identidad de género?

Finalmente, los picos de más alta mortalidad ocurrieron en 1997 con 28 casos. Esto podría haberse debido al inicio del TARGA en 1996, y, lo que ahora conocemos como Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, que se habría comportado como una reacción paradójica o exagerada respuesta del sistema inmune suprimido ante el efecto del TARGA, que favorece el aumento de linfocitos CD4 y disminución de la carga viral, produciendo reactivación de infecciones subclínicas o latentes (29). Cuando revisamos las historias de los PVVS fallecidos en 1997, encontramos que la causa de muerte fue, en orden de descendente de frecuencia: tuberculosis, toxoplasmosis cerebral, criptococosis del sistema nervioso central, diarrea crónica por protozoarios, herpes zoster y genital complicada y síndrome de consumo. Estos datos coinciden con lo reportado con la literatura (28).

Por todo lo expuesto, se concluye que nuestra población comparte casi las mismas características epidemiológicas (sexo, estado civil, jerarquía o grado, forma de ingreso,

factores de riesgo, vía de transmisión); en tanto difieren de la variable prevalencia histórica (antecediendo en 2 años a la máxima frecuencia reportada por el DGEMINSA); y no encontramos datos con que comparar cuando nos referimos a categoría clínico - inmunológica y mortalidad; esto debido a la restricción en la información sobre este grupo poblacional, que, como ya se había mencionado constituye (el VIH/SIDA en los servicios uniformados) una amenaza para la seguridad mundial (12).

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Teodosio Palomino Ramírez y Manuela Rosas Gil de Palomino, mi hermano Milthon Christian Palomino Rosas, por ser la base insustituible de mi formación personal y profesional.

Al Dr. Alfredo Dávalos Tapia, Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional “LNS” Policía Nacional del Perú; a mi asesor Dr. Arturo Pacheco Calle, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional “LNS” Policía Nacional del Perú (2010); al Dr. Andrés Paredes León, actual Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional “LNS” Policía Nacional del Perú (2011); al Dr. Modesto Yupanqui Altuna, Jefe de la División de Emergencia y Áreas Críticas del Hospital Augusto B. Leguía; al Dr. Alejandro Del Arca Castillo, Jefe del Servicio de Medicina Varones del Hospital Nacional “LNS” Policía Nacional del Perú; al personal asistencial y administrativo del Servicio de Enfermedades Infecciosas y del Servicio de Medicina Varones; al Dr. Elías Carrasco Escobedo, Presidente del Comité de la Especialidad de Medicina Interna de la UNMSM; a todos ellos por las facilidades, y apoyo, así como por sus enseñanzas para la culminación del presente Trabajo de Investigación.

Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Situación de la Epidemia del SIDA. Diciembre 2009 ONUSIDA.
http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf , del 03 de Agosto de 2010 a horas 21:00.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008.
Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008.
3. Patrucco Puig, R. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (SIDA), estudio inmunológico. Diagnóstico 1985; 122-124.
4. Banco Mundial – ONUSIDA/OMS. Clasificación del Estado de la Epidemia de acuerdo a seroprevalencia 1997.
5. Lucha contra el VIH/SIDA. www.un.org/es/global/issues/aids/, y, <http://www.onu.org.pe/Publico/infocuas/luchacontrasida.aspx> del 03 de Agosto de 2010 a horas 21:30.
6. MINSA – Dirección General de Epidemiología (DGE). Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases Epidemiológicas para la Prevención y Control 2006.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2008.
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2010.
9. ONUSIDA – MINSA – CONAMUSA – USAID-PERU. Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú 2008.
10. Bisso Andrade, A. Epidemiología del SIDA en el Perú. Dermatología Peruana diciembre 1998; 8 (suplemento 1): 50-4.

11. Ministerio de Salud. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Reporte Epidemiológico – Semana Epidemiológica 11 del 09 al 15 de Marzo del 2008. p:4-5.
12. Organización de Naciones Unidas. Consejo de Seguridad VIH/SIDA. Resolución N° 1308 Julio 2000.
13. ONUSIDA. El SIDA y el personal militar. Punto de vista de Mayo de 1998.
14. ONUSIDA. Servicios Uniformados. <http://www.unaids.org/es/Policyand Practice/KeyPopulations /Peacekeepers/default.asp>.
15. Militares seropositivos al VIH aún sin derechos. Diario La Jornada, México; 04 setiembre 2008. Sección S.
<http://www.emedios.com.mx/testigospdfs/20080904/f88c7-2639df.pdf>
del 10 Enero del 2009 horas 17:22.
16. Mc Carthy MC, Wignall FS, Sanchez J, Gotuzzo E, Alarcón J, Phillips I, Watts DM, Hyams K: The epidemiology of HIV-1 infection in Perú, 1986-1990. AIDS 1996, Sep. 10(10):p1141-1145.
17. Paredes León A, Prado V, Cossio M, Valdivia P, Avalo S: Seroprevalencia del VIH y Sífilis en suboficiales varones de la PNP de Lima. COPRECOS 2002, p.37-40.
18. COPRECOS. Programa VIH/SIDA del Hospital Central LNS de la PNP. Boletín N°1 Julio 2005.
19. Libro de registros de PVVS del Hospital Nacional “LNS”PNP del Servicio de Enfermedades Infecciosas.
20. Gotuzzo Herencia, E. La Epidemia del SIDA: Situación del Perú a 2005. Rev Med Hered. Oct/Dic 2004; vol 15, N° 4, p.179-180.
21. Plan Estratégico del Comité de Prevención y control del VIH/SIDA de las FFAA y PNP – 2008 al 2012. Ministerio de Defensa 2007- Oficina general de administración – MINDEF – COPRECOS.

22. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. Significativas mejoría en los esfuerzos de prevención del VIH, pero no basta para hacer retroceder la epidemia. Publicado el 29 de Julio del 2008 <http://www.onu.org.pe/Publico/centroprensa/detallenoticia.aspx?id=1586>, del 10 Enero 2009 horas 10:00.
23. Sistema de Naciones Unidas en el Perú. El VIH y el SIDA en el Perú 2007. http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/VIHSIDA_Peru.aspx del 10 de Enero del 2009 a horas 09:11.
24. Ministerio de Trabajo y de Promoción del Empleo. Dirección Nacional de Relaciones de trabajo. Dirección Técnica, Bienestar Laboral y Seguridad Social. Estudio sobre: VIH/SIDA: Aspectos Médicos, Laborales y Judiciales. Setiembre 2007. Lima – Perú.
25. Informe de Investigación “Resultados de la encuesta a personas que viven con el VIH sobre su condición laboral en Lima y Callao”. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, OIT, ONUSIDA y OFID. Lima, 2009.
26. Palomino T. El Sida: Discriminación den el Trabajo. 1era Ed. Editorial Jurislaboral. 1992. Lima – Perú.
27. Clasificación clínico inmunológica de VIH/SIDA en mayores de 13 años de edad. Center Disease Control (CDC) 1993.
28. Soriano V., Gonzalez La Hoz J. Manual del Sida. Clasificación clínico- inmunológica de VIH/SIDA en menores de 13 años CDC 1994. 8° edición. Publicaciones Permanyer. 2009. España.
29. Módulo de capacitación. Manejo Integral de Enfermedades Oportunistas en PVVS con y sin TARGA –MINSA, The Global Found, CONANUSA, CARE, Cepesju 2007. Lima Perú.
30. www.disamar.mil.pe/docs/Casuistica2008-MayFFAAyPNP.ppt, del 22 de Mayo de 2011 a horas 14:00.

31. Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América. Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta epidemiológica del Banco Mundial, diciembre 2006.
32. Ley Contra Sida N° 26626 de 1996 y su modificatoria-ampliatoria N° 28243 de Mayo de 2004.
33. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Marzo de 2007.

ANEXOS

Anexo 1.

Definición de Términos (33):

Características epidemiológicas: Cualidades epidemiológicas de las PVVS en el Servicio de Enfermedades Infecciosas el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

Factor de riesgo: Conductas y/o factores que ponen en riesgo de infectarse por VIH, como sexo sin condón, no protegido, uso de inyectables no esterilizados, promiscuidad, múltiples parejas sexuales.

COPRECOS: Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, encargada de dictar normas de prevención y control, coordinar el diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, realizar estudios, realizar actividades científicas, etc.

Epidemia: Aparición de casos nuevos de una enfermedad en una población humana, en un determinado tiempo a una tasa que excede significativamente el número de casos “esperados” de acuerdo a lo ocurrido en esa población en los últimos años. Una epidemia puede ser local (brote), general (epidemia propiamente), global (pandemia).

Grupos de alto riesgo o vulnerables: De acuerdo a ONUSIDA, es preferible usar el término “poblaciones clave de mayor riesgo o poblaciones expuestas”. Se refiere a niños de padres infectados con el VIH, gestantes con VIH, adictos a drogas o alcohol, HSH, no uso de preservativos en la relación sexual, homosexuales.

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Se usa para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Este término describe un comportamiento, no implica una identidad.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

ITS: Conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas, cuya transmisión es de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas, o contacto con la sangre contaminada, algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo de madre a hijo (transmisión vertical).

Objetivo estratégico: Meta para realizar intervenciones más eficaces para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA planteadas en el Plan Estratégico Multisectorial.

ONUSIDA: Es una asociación innovadora de las Naciones Unidas que lidera e inspira al mundo para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS): Personas con infección por VIH comprobada. Evítese el uso de “personas viviendo con VIH y SIDA” o de los términos “sidoso (a)”. El uso de “paciente con SIDA” generalmente se restringe al contexto médico y sólo cuando la persona se encuentra en esa etapa de la enfermedad.

Plan Estratégico Multisectorial: Documento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2007-SA del 03 de Mayo del 2007, cuya finalidad es dirigir y orientar las acciones necesarias para prevenir y controlar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA.

Prevalencia: Se refiere a la proporción de personas de una población que se encuentran infectadas con VIH en un momento o período del tiempo. Es una especie de foto instantánea que muestra a todas las persona que tienen la infección al momento de tomarla.

Respuesta al SIDA: Respuesta a la epidemia.

SIDA o enfermedad relacionada con VIH: El término “SIDA” sólo debe usarse para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad por VIH. SIDA es de lo que las personas fallecen y VIH es de lo que está infectada.

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad es el régimen de tratamiento utilizado en los pacientes con VIH/SIDA que cumplan criterios de inicio, con el que se espera mantener los niveles de carga viral indetectables y valores altos de los linfocitos T CD4 por el mayor tiempo posible. Consta de por lo menos 3 drogas de 2 clases diferentes.

Vigilancia centinela: El objetivo primordial de la vigilancia centinela es obtener información sobre la prevalencia y tendencia de la infección por el VIH en poblaciones específicas, seleccionadas por grupo demográfico, distribución geográfica y riesgo asumido de adquirir la infección por VIH.

Virus del SIDA: Término incorrecto, no existe un “virus del SIDA”. El virus asociado con el SIDA se denomina virus de la inmunodeficiencia humana, o VIH. Nótese que la expresión “el virus del VIH” es redundante. Utilícese simplemente VIH.

Anexo 2.

CATEGORIA CLINICA PVVS MAYORES DE 13 AÑOS CDC (1993)

A. Infección Asintomático

- Infección aguda
- Linfadenopatía generalizada persistente

B. Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:

- Candidiasis orofaríngea o vaginal > 1 mes
- Síndrome diarreico crónico >1 mes
- Síndrome febril prolongado > 1 mes
- Baja de peso < 10 kilos
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes Zoster >1 episodio o > 1 dermatoma
- Displasia cervical
- Listeriosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
- Proceso inflamatorio pélvico
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénica idiopática

C. Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
- Criptococosis meníngea o extrapulmonar
- Toxoplasmosis cerebral
- Enfermedad por micobacterias atípicas
- Retinitis por Citomegalovirus
- Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
- Encefalopatía VIH
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiosis crónica >1 mes
- Isosporidiasis crónica >1 mes
- Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
- Neumonía recurrente
- Bacteriemia recurrente por *Salmonella sp.*
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin y/o linfoma del SNC
- Cáncer cervicouterino invasor
- Síndrome consuntivo

Anexo 3.

CATEGORIA CLINICA PVVS MENORES DE 13 AÑOS CDC (1994)

Categoría N: Sin síntomas

Niños sin síntomas o signos, o que tiene sólo una de las condiciones de la Categoría A.

Categoría A: Levemente sintomáticos

Niños con 2 o más de las siguientes condiciones (pero ninguna de las condiciones de las Categorías B y C), presentes en forma persistente o recurrente

- Linfadenopatía ($\geq 0,5$ cm en más de 2 sitios; bilateral=1 sitio).
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección aguda: respiratoria alta, sinusitis u otitis media

Categoría B: Moderadamente sintomáticos

- Niños que tienen algunas de las siguientes condiciones
- Anemia (< 8 g/dl), neutropenia ($< 1000/\text{mm}^3$) o trombocitopenia ($< 100\,000/\text{mm}^3$) persistente (≥ 30 días)
- Fiebre persistente (duración < 1 mes)
- Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (un episodio)
- Candidiasis orofaríngea persistente (> 2 meses), en niños > 6 meses de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Infección por citomegalovirus, inicio antes de 1 mes de edad
- Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por año)
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS, inicio antes de 1 mes de edad
- Varicela diseminada (varicela complicada)
- Herpes zoster; 2 o más episodios o más de 1 dermatoma
- Toxoplasmosis, inicio antes de 1 mes de edad
- Nocardiosis
- Neumonitis intersticial linfocítica (NIL) o hiperplasia linfocítica pulmonar
- Hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía
- Otras

Categoría C: Severamente sintomáticos

- Niños con cualquiera de las condiciones enumeradas en la definición de caso de SIDA de 1987 con excepción del NIL
- Infecciones bacterianas confirmadas, serias (septicemias, neumonía, meningitis, infecciones óseas o articulares, abscesos profundos), múltiples o recurrentes (≥ 2 en 2 años)
- Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones)
- Criptococosis extrapulmonar
- Enfermedad por citomegalovirus (en otros sitios que hígado, bazo o ganglios linfáticos), inicio > 1 mes de edad
- Infección por virus herpes simple: úlceras mucocutáneas > 1 mes de duración, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, inicio > 1 mes de edad
- Neumonía por *P. jirovecii*
- Síndrome de emaciación: 1. Pérdida de peso persistente
- Criptosporidiosis o isosporidiasis con diarrea duración > 1 mes
- Toxoplasmosis cerebral, inicio > 1 mes de edad
- Septicemia por Salmonellas no tíficas, recurrentes
- Mycobacterium tuberculosis, infección diseminada o extrapulmonar
- Infecciones diseminadas por otros Mycobacterium
- Infecciones por otros agentes oportunistas
- Linfoma primario en el cerebro
- Otros linfomas
- Sarcoma de Kaposi
- Encefalopatía progresiva por VIH presente por > 2 semanas, déficit motor, habilidad intelectual, del crecimiento cerebral
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

+

2A. diarrea crónica (≥ 2 deposiciones blandas/día por $\geq 30^{\circ}$ días)

O

2B. fiebre documentada (≥ 30 días, intermitente o constante)

Anexo 4.

Ficha de Recolección de Datos:

Grado: **Oficial:** _____

Fecha y hora: _____

SO: _____

Civil: _____

N° H.CI: _____

Sexo: F - M

Nombre: _____

Edad: _____ a _____ m

E. civil: Soltero (a): _____ Casado (a): _____ Viudo(a): _____ Divorciado (a): _____ Conviv: _____

Fecha de diagnóstico: **Día:** _____ **Mes:** _____ **Año:** _____

Exámenes para diagnóstico:	Fecha	Reactivo	Categoría clínico- epidemiológica :
ELISA VIH	_____	_____	_____
Western Blot VIH	_____	_____	_____

Conducta de Riesgo:	Si	No
Homosexual: HSH	_____	_____
Lesbiana	_____	_____
Bisexual	_____	_____
Heterosexual promiscuo	_____	_____
Uso de drogas inyectables	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____
Politransfundido	_____	_____
Relación Sexual sin preservativo	_____	_____
Viaje de comisión sin familia	_____	_____
Padres con VIH/SIDA	_____	_____

Via de transmisión: Sexual _____ Vertical _____ Transf. _____ Drogas Ev _____

Forma de ingreso al Programa VIH/SIDA

Donador de sangre	_____	Dx hospitalario	_____
Gestante	_____	Caso dx Programa	_____
Contacto PVVS	_____	Ficha Médica	_____
Riesgo quirúrgico	_____		

Paciente continuador:

Si: _____ **No:** _____ **Causa:** Fallecido: si: _____ no: _____

Otro: especificar: _____

***Observaciones:** _____